



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 148

Leveringsfrist: 20.02.2015 kl. 14:00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

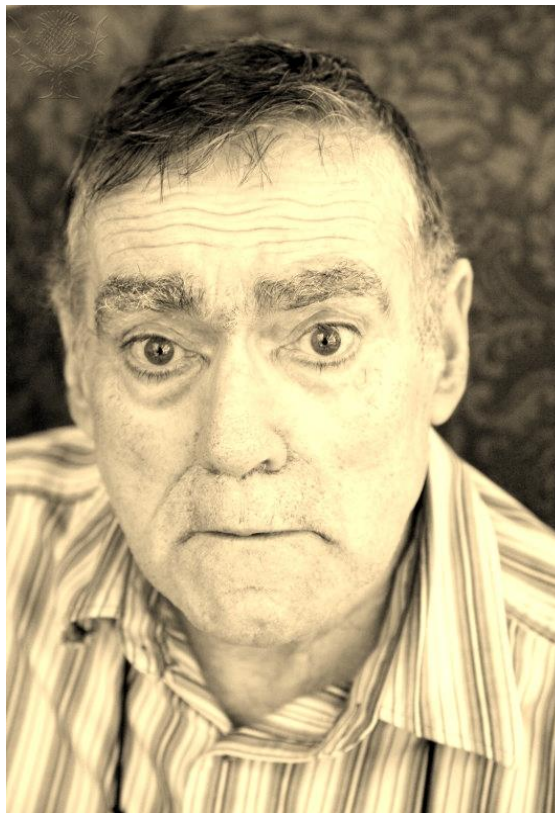
Veileder: Ellen J. Svendsbø



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Mer omsorg – mindre tvang!

Person med demens - Person med demens !



Illustrasjonsfoto: Image Quest – brukt med tillatelse.
http://ezproxy.hsh.no:2474/#/search/person-dementia/1/158_2438764/Older-People

Redusere bruk av unødig tvang i demensomsorgen

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen Stord 2015

Kull 2012

Antall ord: 9000

Sammendrag

Tittel: Mer omsorg – mindre tvang!

Bakgrunn: Demensomsorgen er en av de største utfordringene helsevesenet står overfor. Gjennom utdanningen min har jeg erfart at det blir utført mye unødig tvang i den daglige omsorgen overfor pasienter med demens. Å bli utsatt for tvang vil erfares av de fleste som en krenkelse av deres menneskeverd. Det har vært vondt å være vitne til disse episodene, og jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruk av unødig tvang.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bidra til redusert bruk av unødig tvang i den daglige omsorgen for personer med demens?

Oppgavens hensikt: Hensikt med oppgaven er å få økt bevissthet og kunnskap i forhold til hvorfor og når tvang brukes, samt å finne alternative handlinger til tvang. Jeg ønsker å oppnå en dypere forståelse for tematikken både faglig, etisk og juridisk, for å bli bedre evnet til å møte pasientene på en omsorgsfull måte. Videre ønsker jeg å sette fokus på et tema som jeg anser som særs viktig for både sykepleieprofesjonen, pasientgruppen og samfunnet for øvrig.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Det ble søkt etter forskningsartikler i databaser som CINAHL, PubMed og SweMed+. Fem relevante forskningsartikler presenteres i oppgaven og drøftes opp mot egne praksiserfaringer, Martinsens omsorgsfilosofi og teori.

Resultat: Forskning viser at tvang blir benyttet i situasjoner der pasienter yter motstand mot behandling og stell samt ved uønsket atferd, vandring og uro. Videre kan forhold på sykehjemmene som fastlåste rutiner, lav bemanning, manglende aktivitetstilbud, tidspress og bruk av ufaglærte bidra til bruk av tvang. Sentrale funn for å yte omsorg «uten» tvang er å flytte fokus fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg, og å se hele mennesket bak diagnosen.

Oppsummering: For å redusere bruk av tvang kreves det faglig, etisk og juridisk kompetanse blant helsepersonell. God omsorg forutsetter en individuell tilnærming som bygger på pasientens livsfortelling og sykdomshistorie. Refleksjon og tverrfaglig diskusjon er viktige verktøy for å fremme helsepersonellens bevisstgjøring om egne holdninger og handlinger, og for å øke bevissthet om alternative løsninger til tvang. Siden alternativer til tvang omhandler et bredt spekter av virkemidler som berører hele tjenesteorganiseringen, er det viktig at sykepleieren engasjerer seg i den helse- og sosialpolitiske utviklingen.

Nøkkelord: Demens, omsorg, tvang, atferdsmessige symptomer, sykehjem.

Abstract

Title: More care - less coercion!

Background: Dementia care is one of the biggest challenges health care is facing today. Throughout my education I have witnessed extensive use of unnecessary coercion in the daily care for patients suffering from dementia. Most people will experience to be subjected to coercion as a violation of their human dignity. It has been painful to witness these sessions, and I want to research ways of how nurses can assist in reducing coercion.

Research question: How can nurses assist in reducing coercion in the daily care for patients suffering from dementia?"

Aim: With this study, I aim to increase awareness of the usage of coercion, when it is applied, and why. Further, my focus lies on finding alternatives to coercion. My goal is to gain a deeper understanding of the issue, professionally, ethically and legally, and to find better ways of caring for persons suffering from dementia. Also, I want to focus on a topic that I consider as particularly important for the nursing profession, patient group and society.

Method: The thesis is a systematic literature study. I have researched different databases, e.g. CINAHL, PubMed, and SweMed+. The thesis is based on five relevant articles, which I discuss alongside my own experiences, Martinsens caring philosophy and other theory.

Findings: Research reveals that coercion is used when patients resist treatment and care, and when they show other undesirable behavior such as wandering around and unrest. Conditions in nursing homes, such as rigid routines, understaffing, lack of meaningful activities, time pressure, and employment of unskilled workers contributes to the use of coercion. To "eliminate" coercion, research reveals that the focus needs to be shifted away from task-centered care. Instead, the focus has to be on the actual patient and their needs.

Conclusion: To reduce the use of coercion, professional, ethical, and legal expertise among caregivers is needed. Providing good care requires an approach that takes into consideration the individual patient and their medical history. Reflection and interdisciplinary discussion are essential in order to raise the awareness of caregivers regarding their own attitudes and to find alternative solutions to coercion. Since alternatives consist of a wide range of measures affecting the entire service organization, nurses should be engaged in the development of health and social policies.

Key words: Dementia, care, coercion/restraint, behavioral symptoms, nursing homes.

Forord

Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyper eller hæver. Men det kan også være forfærdene meget, så det simpelheten står til den enkelte, om den andres liv lykkes eller ej (Løgstrup, 2010, s. 25).

Innhold

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig forankring	1
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensing og presisering	2
2	TEORETISK FORANKRING.....	3
2.1	Sykepleieteoretisk perspektiv	3
2.2	Sykehjem.....	4
2.3	Demens	4
2.4	Utfordrende atferd	5
2.5	Omsorg – personsentrert omsorg	6
2.6	Kompetanseutvikling og refleksjon	7
2.7	Tvang	7
2.8	Autonomi versus paternalisme	9
3	METODE.....	9
3.1	Litteraturstudie	9
3.2	Fremgangsmåte for artikkelfunn.....	10
3.3	Metodekritikk.....	13
3.4	Kritisk vurdering av forskningsartikler	14
3.5	Forskningsetikk.....	15
4	RESULTAT.....	15
4.1	Oppsummering av forskningsartikler	15
4.2	Presentasjon av forskningsartikler	16
5	DRØFTING.....	19
5.1	Personsentrert omsorg på dagsorden	19
5.2	Forståelse av utfordrende atferd	21
5.3	Dilemma mellom autonomi og paternalisme	23
5.4	Strategier for tvangsreduksjon.....	25
5.5	Etisk refleksjon reduserer tvang.....	27
6	AVSLUTNING	28
	REFERANSELISTE	30
	Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskningsartikler.....	I

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demensomsorgen er en av de største omsorgsutfordringer helsevesenet står overfor. På grunn av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, vil flere mennesker enn før få ulike demenslidelser. I følge «Demensplan 2015» regner en med at tallet på mennesker med ulike demenssykdommer vil doble seg i løpet av de neste 35 år (Helse- og omsorgsdepartement, 2007). I Norge finnes det i dag over 66 000 personer med diagnosen demens og forekomsten øker med alderen (Rokstad, 2014, s. 38). I «Demensplanen 2015» erkjennes det at sykehjemmene ikke er tilfredsstillende tilrettelagt for denne diagnosegruppen, til tross for at nesten 80 % av alle beboere på sykehjem har en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartement, 2007).

Gjennom utdanningen min har jeg erfart at det blir utført mye unødig tvang i den daglige omsorgen overfor pasienter med demens på sykeheim, uten at dette blir drøftet på avdelingene. Tvang blir ofte utført uten at det er gjort en vurdering opp imot reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 4A. Å bli utsatt for tvang vil oppleves av de fleste som en krenkelse av deres menneskeverd. Alle som arbeider med personer med demens, møter nesten daglig etiske problemstillinger. Den største utfordringen er hvordan man løser vanskelige situasjoner uten bruk av tvang (Rokstad, 2014, s. 182). I mange avdelinger aksepteres bruk av tvang som svar på pasientens utfordrende atferd (Pedersen, Hem, Gjerberg, & Førde, 2013). Jeg har opplevd *fysisk tvang* i form av holding av hender og føtter under stell, tvangsdusjing og begrensning av bevegelsesfrihet gjennom bruk av belte i rullestol, bruk av sengehest og låste dører. Videre brukes det *kjemisk tvang* mot enkelte pasienter med tidkrevende og utagerende atferd. Pasientene blir dopet ned med psykofarmaka eller diazepiner for å passe inn i sykehjemmets underbemannede system (Pedersen et al., 2013). Det har vært vondt å være vitne til disse møtene, og jeg ønsker å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere bruk av unødig tvang i demensomsorgen.

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig forankring

Hensikt med litteraturstudiet er å få økt bevissthet og kunnskap i forhold til hvorfor og når tvang brukes, samt å finne alternative løsninger til tvang. Jeg ønsker å oppnå en dypere forståelse for tematikken både faglig, etisk og juridisk for å bli bedre evnet til å møte

pasientene på en omsorgsfull måte. Jeg anser det som høyst relevant for både sykepleieprofesjonen, den omtalte pasientgruppen og samfunnet for øvrig å belyse temaet tvang i demensomsorgen, siden bruk av tvang forekommer daglig i norske sykehjem (Pedersen et al., 2013).

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsfilosofi som sykepleieteoretisk forankring i oppgaven, fordi jeg deler hennes engasjement for «svake pasientgrupper» som blir nedprioritert i dagens helsevesen. Jeg samtykker i hennes tenkning om at vi har et særdeles ansvar for å ivareta de som ikke selv har en stemme til å bli hørt i samfunnet vårt, et samfunn som fjerner seg mer og mer fra det kollektivistiske menneskesynet mot en ekstrem individualisme. Martinsen hevder at sykepleierens mål må være å utøve omsorg som er til det beste for pasienten i hver enkelt situasjon (Kristoffersen, 2012, s. 247-258).

En kritisk analyse av Martinsens omsorgsteori viser at de underliggende marxistiske og feministiske ideologiene, samt den ekstreme vektlegging av følelsens betydning som yrkeskompetanse kan virke distraherende (Lyngfoss & Hauge, 2014).

Martinsens omsorgsfilosofi gir oss ikke svar på hvordan vi skal handle i konkrete situasjoner. Språket er til tider tungt og filosoferende, og det kan være vanskelig å få tak i innholdet. Likevel er Martinsens omsorgsteori en betydningsfull kilde for litteraturstudiet, fordi den gir oss en rekke metaforer som kan hjelpe til å finne svar på det problemstillingen spør etter.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til redusert bruk av unødig tvang i den daglige omsorgen for personer med demens?

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til personer med demens som er 67 år eller eldre og som lider av moderat til alvorlig grad av demens. Personer med mild grad av demens blir ekskludert, da disse, ifølge Berentsen (2010, s. 355), ofte klarer å bo i eget hjem med tilrettelegging. Det blir sett bort fra pasienter med frontotemporallappdemens, da denne typen demens skiller seg betydelig fra de andre typene (Berentsen, 2010, s. 364). Oppgaven er avgrenset til pasienter som bor på sykehjem, siden det er her jeg har mest praksiserfaring ifra. Både pasienter på skjermete og somatiske langtidsavdelinger inkluderes. Omsorgsbegrepet i oppgaven baserer

på sosialpsykologen Tom Kitwood (1999) sin teori om personsentrert omsorg og på sentrale elementer fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Samtlige hverdagslige omsorgssituasjoner der helsepersonell bruker fysisk eller kjemisk tvang inkluderes i oppgaven. Dette kan være situasjoner der pasienten yter motstand mot behandling og stell, ved uønsket atferd, vandring og uro samt av hensyn til andre. Med «unødig» tvang forstås situasjoner som kunne vært løst uten eller med betydelig mindre bruk av tvang.

2 TEORETISK FORANKRING

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker med spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun har magistergraden i filosofi og er dr.philos. i historie (Austgard, 2010, s. 150-151). Hennes sykepleieteori kan betraktes som en filosofisk, fenomenologisk teori. Gjennom sitt lange forfatterskap har hun stadig videreutviklet sin omsorgsfilosofi, som bygger på hovedideen om at omsorg er selve fundamentet i sykepleien. Mye av hennes tenkning bygger på den danske filosofen og teologen Løgstrups fenomenologiske verker. Løgstrups tenkning bygger på skapelsestanken. Denne livsforståelsen beror på menneskets avhengighet av hverandre (Kirkevold, 1998, s. 168-169). Martinsen (2003b, s. 80-99) beskriver at pasientens «utleverthet» retter en etisk appell mot sykepleieren om å se han. Livsytringer som tillit, barmhjertighet og medlidenhet er grunnleggende for vår eksistens. Det er gjennom livsytringer den andre kommer oss i møtet.

Martinsens kritiserer det positivistiske vitenskapssynet som har hatt stor innflytelse de siste årene, fordi hun mener at omsorgens fundamentale betydning har blitt undergravd. Omsorgsverdien mister fotfeste og mennesket blir til et objekt. Hun vektlegger derimot sansing, skjønnhet og sykepleierens praktiske og erfaringsbaserte kunnskap (Martinsen, 2003b, s. 35-53). Martinsen (2003c, s. 14-17) beskriver omsorg som en treenighet, som rommer tre dimensjoner samtidig, nemlig at omsorgen er relasjonell, moralsk og praktisk. Omsorg som respekterer den andres grenser og urørlighetssone må romme alle tre dimensjoner (Martinsen, 2003b, s. 35-38).

2.2 Sykehjem

I følge Orvik (2004) er sykehjemmet en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester (Hauge, 2010, s. 219). Overordnede mål er å tilby individuell tilpasset pleie og omsorg av god kvalitet, adekvat medisinsk behandling samt å være et godt sted å bo for pasienter som har fast plass. På sykehjemmene finnes det to typer avdelinger for langtidsopphold, langtidsavdelinger og skjermete enheter. I langtidsavdelinger, også kalt somatiske avdelinger, bor fysisk syke og skrøpelige eldre. Mange av disse pasientene lider i tillegg av kognitiv svikt. En skjermet enhet er en avgrenset avdeling som er beregnet for personer med demens (Hauge, 2010, s. 219-224).

2.3 Demens

Demens er et progredierende, hjerneorganisk syndrom som kjennetegnes ved svekket mental yteevne og som forårsaker svikt i psykologiske prosesser som tenkning, hukommelse, oppmerksomhet, læring, orientering og kommunikasjon. Konsekvensen av den kognitive svikten er at personer med demens har svekket evne til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter og blir til slutt helt avhengig av hjelp. Tilstanden er kronisk, forverres over tid og kan ikke kureres (Berentsen, 2008, s. 45).

Demens kommer av det latinske *de* (uten) og *mens* (sjel), som direkte oversatt betyr «uten sjel». Bakgrunn for denne stigmatiserende betegnelsen er at demens tidligere ble assosiert med alderssløvhet. Personen med demens, det unike mennesket, ble oversett (Smebye, 2014, s. 20).

Demenssykdommer deles i tre hovedgrupper: Degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerative sykdommer betegner sykdommer der celler i hjernen dør. Alzheimer sykdom, som er en degenerativ hjernesykdom, er den hyppigste demensformen med ca. 60 % forekomst. Vaskulær demens skyldes sykdommer i hjernes blodkar, og utgjør den nest hyppigste demensformen med ca. 25-30 % forekomst. Sekundær demens forekommer som følge av andre tilstander, som for eksempel alvorlig vitamin B12-mangel, langvarig alkoholmisbruk og svulster, og utgjør de resterende 10-15 % (Berentsen, 2010, s. 47-74).

Klassifikasjonssystemet ICD-10 (WHO, 1993) deler demens i mild, moderat og alvorlig grad.

Ved *mild grad av demens* virker svekkelsen inn på evnen til å klare seg i hverdagen. Personen kan glemme å handle matvarer og å betale rekninger.

Ved *moderat grad av demens* klarer personen seg ikke uten hjelp fra andre. Hukommelsen er så dårlig at vedkommende ikke lengre forstår konsekvensene av handlingene sine.

Dagligdagse aktiviteter som påkledning og matlaging blir for vanskelige. Kommunikasjonsproblemer oppstår på grunn av manglende evne til å uttrykke seg og til å forstå. Angst og depresjon er ofte resultatet når personer med demens mister flere funksjoner.

Ved *alvorlig grad av demens* trenger personen kontinuerlig tilsyn. Vedkommende husker bare brøkdeler av sitt levde liv og gjenkjenner ofte ikke familiemedlemmer. Manglende evne til å sortere stimuli skaper opplevelsen av kaos. Personen har begrenset ordforråd (afasi), begrenset styring av bevegelsene (apraksi) og manglende evne til å forstå meningen med sanseintrykk (agnosi), noe som medfører omfattende handlinkssvikt (Berentsen, 2010, s. 355).

2.4 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av sykdomsbildet ved demens og oppstår hos de fleste pasienter før eller senere i sykdomsforløpet. På fagterminologi omtales disse symptomene som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, forkortet APSD. Atferdsendringer kan vise seg i form av fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring, uro, roping, manglende seksuelle hemninger og passivitet. Vanlige psykiske symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst og apati. Årsaken til symptomene kan være forskjellige, som hjerneskaderelaterte forandringer, kognitive endringer som svekket hukommelse og orienteringsevne, psykososiale faktorer som manglende relasjoner til andre, og somatiske faktorer som smerte, obstipasjon, infeksjoner, sult og tørste. I tillegg kan nærværende faktorer som trivsel, udekkede behov, kommunikasjonsproblemer og den fysiske og sosiale omgivelsen ha innvirkning på atferdsendringer (Rokstad, 2014, s. 181-185). Solheim (2009, s. 71-73) hevder at atferdsavvik forekommer hyppigst når personalet er involvert og overskrider pasientens private grenser, som ved stell og toalettbesøk.

Gode kartleggings skjemaer, som for eksempel Nevropsykiatrisk evalueringsskjema (NPI)¹, er nyttige verktøy i utredning av atferdsforstyrrelser. Hyppighet, intensitet og belastning av karakteristiske symptomer registreres for å få en oversikt over hvilke situasjoner atferden opptrer i, samt effekten av tiltak som iverksettes (Rokstad, 2014, s. 182-190).

2.5 Omsorg – personsentrert omsorg

Omsorg er et dagligdags begrep med en sterk moralsk appell om å hjelpe og sørge for den andre (Martinsen, 2003c, s. 14-17).

Omsorgsbegrepet er videre etablert som et rettslig begrep i norsk lovgiving, med intensjon om å sikre pasientens rettigheter. Helsepersonelloven (1999) § 4 forplikter helsepersonell til å yte «faglig forsvarlig» og «omsorgsfull hjelp». Kravet mot primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forstås på samme måte (Molven, 2012, s. 128-143).

Omsorgsbegrepet er ytterligere forankret i de Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere, som sier at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

Samfunnet har en tendens til å devaluere personer med demens til et objekt på grunn av den dementes bortfall av kognitive funksjoner. Tom Kitwood (1999, s. 17-94) understreker at vi må fjerne oss fra ensidig vektlegging av demenssykdommen, og heller vektlegge den enkeltes subjektive opplevelse av å være rammet av sykdommen. Han poengterer at vi må flytte fokuset i demensomsorgen fra personer-med-DEMENS til PERSONER-med-demens. Kitwood (1999) hevder at ivaretagelsen av grunnleggende psykiske behov er vel så viktig som de fysiske. Han beskriver fem psykologiske behov som vesentlig for god demensomsorg: Behovet for *trøst* i situasjoner der pasienter må forholde seg til tapsopplevelser, behov for *tilknytning* som motvekt til usikkerhet, behov for *inkludering* som motvekt til isolasjon, behov for *beskjeftigelse* for å motvirke følelsen av nytteløshet og behov for *oppretholdelse av pasientens identitet* på tross av tiltagende mental svikt.

¹ NPI er tilgjengelig på *Nasjonalt kompetansesenteret for aldring og helse* sine nettsider, link <http://www.aldringoghelse.no/>

Kitwood (1999) advarer mot ondartet sosialpsykologi², og hevder at personsentrert omsorg er den nødvendige tilnærmingen som kreves for å møte utfordringene demenssykdommen medfører. Han forklarer at personsentrert omsorg innebærer at vi ser hele mennesket bak diagnosen og at vi anser personen med demens som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet. Målet er å legge til rette for at den enkelte blir i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig.

2.6 Kompetanseutvikling og refleksjon

I følge «Demensplan 2015» er faglig kompetanseutvikling og økt etisk bevissthet viktige forutsetninger for å gi personer med demens et godt tilbud (Helse- og omsorgsdepartement, 2007).

Molander forklarer at «i demensomsorgen vil kompetanse innebære kunnskap-i-handling» (Rokstad, 2014, s. 340). Refleksjon-over-handling betyr at vi i ettertid analyserer og revurderer våre handlinger, for å oppdage noe som kan lede til forbedring (Rokstad, 2014, s. 340).

Dementia Care Mapping, kort DCM, er en nyttig metode for utvikling av omsorgen for personer med demens. Hensikten med DCM er at personalet skal bli mer bevisst på sosialpsykologiske holdninger. Metoden går ut på at en observatør arbeider sammen med personalet for å avsløre positive og negative hendelser i interaksjonen mellom pasienten og personalet (Rokstad, 2014, s. 345-350). Rokstad og Vatne (2011) beskriver at DCM setter i gang refleksjoner over egen praksis og bidrar til nye måter å møte pasientene på.

2.7 Tvang

Kirkevold (Johnsen & Smebye, 2014, s. 208) definerer tvangstiltak som

bruk av redskap som hindrer pasientens bevegelsesfrihet eller tilgang til egen kropp, fysisk holding ved undersøkelse eller behandling, og i forbindelse med omsorgstiltak, overvåking med elektroniske hjelpemidler, og tilsetning av medisiner i mat og drikke uten beboerens viten og vilje.

² «Sosialpsykologi, den del av psykologien som behandler det sosiale samspillet mellom mennesker og hvordan de formes av verdier, holdninger, sosiale systemer og den aktuelle situasjonen» (Svartdal, 2013).

Den juridiske definisjonen lyder slik: «Tvang er fravær av samtykke» (Johnsen & Smebye, 2014, s. 210).

De nye bestemmelser i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som trådte i kraft i 2009 skal gi helsepersonell adgang til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Formålet med det nye kapitlet er både å begrense unødig tvangsbruk og å sikre at pasienter med manglende samtykkekompetanse får nødvendig helsehjelp. Loven inneholder strenge vilkår for å kunne yte tvungen helsehjelp. Lovens § 4A-3 sier at helsepersonellet først skal prøve å legge til rette for helsehjelp uten bruk av tvang. Tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt. Helsehjelp med tvang kan kun gis dersom unnløstelse kan føre til vesentlig helseskade, helsehjelpen anses som nødvendig og tvangstiltak står i forhold til behovet for helsehjelp. En helhetsvurdering må vise at tvang er den beste løsningen for pasienten.

Helsetilsynet (2011) poengterer at tvang kan kun benyttes av hensyn til pasienten selv. Tvangstiltak skal aldri brukes for å skåne andre pasienter eller personale mot utfordrende atferd eller som følge av ressurs- eller kompetansemangel.

Kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer samtykkespørsmålene. Lovens § 4-3 sier at samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten ikke er i stand til å forstå hva samtykke innebærer. Den som yter helsehjelp avgjør om pasientene mangler samtykkekompetanse. Lovens kapittel 3 inneholder bestemmelser om informasjon og medvirkning.

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjeneste (2003) sier at personer som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal «få ivare tatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel».

Verdighetsgarantien (2011) har «som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom». Respekten for den enkeltes selvbestemmelsesrett skal ivaretas.

2.8 Autonomi versus paternalisme

Personer med demens vet ikke alltid sitt eget beste, og er for en kortere eller lengre periode uten reell evne til å hevde sin autonomi (Midtbø og Råholm, 2014, s. 198-205). De etiske prinsippene om autonomi, velgjørenhet og ikke-skade er ikke absolutte, men må vurderes opp mot hverandre i hver enkelt situasjon. Å ta beslutninger på pasientens vegne kommer inn under begrepet paternalisme, som kan oversettes med «*far bestemmer*» (Slettebø, 2013, s. 85-105). I følge Martinsen (2005, S. 146-147) er det legitimt å bruke svak paternalisme dersom pasienten har redusert evne til å vite hva som er best for seg selv.

Menneskeverd³ kan være en overordnet norm for verdimeslige avveiiinger, noe som er særlig relevant for «stemmeløse» individer som risikerer uverdigg behandling. Kjernen i prinsipp om verdighet er å anerkjenne menneskeverdet uavhengig av individets tilstand. Dette betyr ikke at ivaretagelsen av menneskeverd betinger fravær av tvang i alle situasjoner (Kroken, 2011, s. 32-34).

3 METODE

Metoden er redskapet som brukes for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap om det tema som skal undersøkes (Dalland, 2012, s. 111-112).

Sosiologen Wilhelm Aubert formulerer metode som følger:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012, s. 111).

3.1 Litteraturstudie

Metoden i denne oppgaven er en litteraturstudie, som er i tråd med bestemmelsen i HSH sine gjeldende retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie.

Forsberg og Wengström (2013, s. 26-31) beskriver en litteraturstudie som en metode for å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenfatte litteratur innenfor et valgt tema

³ Begrepet menneskeverd har sine røtter i renessansens humanistiske filosofi, der menneskets verdi, dens utviklingsmuligheter, ansvarlighet og fri vilje framgår som det unike for mennesket. Menneskeverd kan beskrives som «menneskelivets ukrenkelighet» og «alle menneskers like verdi» (Barbosa da Silva, 2006, s.59ff.).

eller problemområde. En systematisk litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte området og sikte på å finne grunnlag for klinisk virksomhet. Videre må den systematiske litteraturstudien oppfylle flere kriterier, som blant annet en klar formulert problemstilling, en tydelig beskrivelse av kriterier og metode for søking og utvalg av artikler, at alle relevante studier må være kvalitetssikret, at svake studier utelukkes og at ikke bare nytten men også kostnader og risiko presenteres.

Forskningsartiklene som inngår i denne litteraturstudien er av kvalitativ metode. Valget er bevisst, siden oppgaven sikter på å fange opp følelser, opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste. I følge Dalland (2012, s. 112) egner kvalitativ metode seg til akkurat dette formålet. Siden personer med demens kan ha manglende evne til å uttrykke seg verbalt (Berentsen, 2008 s. 48), kan det være vanskelig å utføre intervju med denne diagnosegruppen. For at både pasientens, pleierens og pårørendes perspektiv blir ivaretatt, inkluderes kvalitative studier med ulike forskningstilnæringsmetoder, som videoopptak, «stimulated recall» intervju, individuell intervju og fokusgruppeintervju.

3.2 Fremgangsmåte for artikkelfunn

Problemstillingen er utgangspunkt for søkeprosessen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 46). I forhold til problemstillingen ble følgende søkeord valgt: «Demens», «omsorg», «tvang» og «sykehjem». Siden pasientens utfordrende atferd ofte løses med bruk av tvang (Johnsen og Smebye, 2014, s. 229), var det naturlig å ta hensyn til dette i søkeprosessen. MeSH-terminen (Medical Subject Heading) «atferdsmessige symptomer» ble inkludert som overordnet begrep for «utagerende atferd» i søket. For å kunne søke i internasjonale databaser ble søkeordene oversatt til engelsk ved hjelp av SweMed+. Søkeordene som ble benyttet i søkeprosessen var: “Dementia”, “care”, “coercion”, “restraint”, “nursing homes” og “behavioral symptoms”.

Inklusjonskriterier: Forskningspublikasjon ikke eldre enn 10 år, sykepleieforskning som omhandler personer med moderat til alvorlig grad av demens, sykehjem som setting, forskningsartikler med fokus på tvang eller utfordrende atferd, kvalitativ studie, godkjent av klinisk-etisk komité, engelsk eller nordisk språk.

Eksklusjonskriterier: Forskningspublikasjon eldre enn 10 år, kvantitative studier, forskningsartikler som omhandler personer med mild grad av demens eller frontotemporalappdemens.

For å ivareta prinsippet om kunnskapsbasert praksis⁴, brukte jeg søkemotoren McMaster PLUS via Helsebiblioteket sine nettsider for å søke etter oppsummert forskning. Siden det ikke eksisterte relevante oversikter, søkte jeg videre etter enkeltstudier. Høyskolen sine helsefaglige databaser som ble benyttet var SweMed+, PubMed, CINAHL, Medline og ProQuest, og relevante studier ble funnet i de tre førstnevnte. Alle søk ble utført i engelsk språk. Det ble utført søk på hvert enkelt ord, men også kombinasjoner av disse ved hjelp av den boolske operatoren (kombinasjonsordet) «AND». Søkeprosessene er nærmere beskrevet i søketabellene nedenfor. Siden søkene resulterte i flere treff, ble en utvalgsprosess utført. Forsberg & Wengström (2013, s. 82-84) beskriver utvalgsprosessen som følger: Dersom en oppnår for mange treff, bør man bruke begrensninger som publikasjonsår eller språk. For å velge ut forskningsartikler bør en først lese overskriften, deretter sammendraget (abstract) og til slutt artikkelen i sin helhet. På bakgrunn av dette endte søket opp med fem relevante forskningsartikler, som presenteres i resultatdelen.

Artikkel 1: Søk i CINAHL, 15.10.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		27539
S2	Coercion		1254
S3	Care		632618
S4	S1 AND S2 AND S3		7
S5	S1 AND S2 AND S3	Publication date: last 5 years	4

Ved søk nr. 5 ble artikkel nr. 2 valgt: *“How to avoid and prevent coercion in nursing home: A qualitative study”* (Gjerberg, Hem, Førde & Pedersen, 2013).

⁴ Prinsippet om kunnskapsbasert praksis refererer til en pyramide som viser informasjonskilder plassert i et hierarki. Hovedregel er at man bør søke høyt opp i pyramiden, siden disse kildene er basert på kvalitetssikret og oppsummert forskning i en klinisk kontekst (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Artikkel 2: Søk i PubMed, 15.10.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		152638
S2	Restraint		20614
S3	Care		1749352
S4	S1 AND S2 AND S3		167
S5	Behavioral symptoms		279040
S6	S4 and S5		30
S7	S6	Publication date: last 5 years	9

Ved søk nr.7 ble artikkel nr. 6 valgt: *“Staff and relatives’ perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: A qualitative study”* (Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes, 2013).

Artikkel 3: Søk i PubMed. 15.10.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		152638
S2	Restraint		20614
S3	Care		1749352
S4	S1 AND S2 AND S3		167
S5	Nursing home		71558
S6	S3 and S5	Publication date: last 5 years	18

Ved søk nr. 6 ble artikkel nr. 8 valgt: *“Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers”* (Jakobsen & Sørli, 2010).

Artikkel 4: Søk i CINAHL 20.10.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Dementia		27821
S2	Care		674806
S3	Behavioral symptoms		1489
S4	S1 AND S2 AND S3		135
S5	Nursing homes		18904
S6	S4 AND S5		42
S7	S6	Publication date: last 10 years	40

Ved søk nr.7 ble artikkel nr. 13 valgt: *“Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions”* (Skovdahl, Kihlgren & Kihlgren, 2004).

Artikkel 5: Søk i SweMed+, 10.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Funn (antall)
S1	Dementia		1609
S2	Care		20988
S3	Behavioral symptoms		3786
S4	S1 AND S2 AND S3		23
S5	Nursing home		1769
S6	S4 AND S5		13

Ved søk nr. 6 ble artikkel nr. 6 valgt: «*Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv*» (Rognstad & Nåden, 2011).

3.3 Metodekritikk

Forsberg og Wengström (2013, s.52) forklarer at metodekritikken innebærer å identifisere og diskutere eventuelle svakheter eller begrensninger med studien. Forfatterne påpeker at det er viktig å reflektere over sin personlige påvirkning under datasamling og tolkningsfasen, samt over svakheter under arbeidsprosessen.

Litteraturstudiet som metode har vært et nyttig redskap for å besvare problemstillingen oppgaven etterspør. Valg av tema og sykepleieteori ble bestemt tidlig i prosessen, noe som gav rom for refleksjon rundt tematikken. Det ble tilstrebet å bruke primærlitteratur og ny oppdatert forskning. Ulike kvalitative forskningstilnæringsmetoder ble vektlagt i utvalget av forskningsartiklene. Den kvalitative metoden egnet seg bra for å få en bedre forståelse av informantenes subjektive opplevelse, men en bør likevel være varsom med generaliseringer. Ved å ekskludere den kvantitative metoden vil generaliserbare data, som utbredelse av et fenomen, og sammenhenger og tendenser i et samfunn gå tapt, noe som ble tatt hensyn til i artikkelutvalget (Forsberg & Wengström, 2013).

Søket ble foretatt i faglig anerkjente databaser og søkeprosessen er tydelig beskrevet i oppgaven.

En svakhet i oppgaven er at den inkluderer lite forskningen som studerer pasientenes subjektive opplevelser av tvang. Det er behov for videre forskning for å kartlegge pasientenes erfaringer og synspunkter.

Ellers er jeg fornøyd med studienes resultat. Funn fra forskning kommer tydelig frem, er relevant i forhold til oppgavens problemstilling og kan overføres og anvendes i praksis.

3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler

Dalland (2012, s. 67) beskriver kildekritikk som «metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og å karakterisere de kildene som benyttes».

Det ble funnet frem til fem kvalitative forskningsartikler. Disse ble kritisk vurdert ved bruk av kunnskapscenteret (2008) sin sjekkliste for kvalitativ forskning, og artiklenes forskningsmessige innhold ble funnet å være av høy kvalitet. Forskningsartiklene kan kritiseres for at pleierne kan ha tilpasset sin atferd pga. deres viten om å være deltagende i en studie.

Studien av Gjerberg et al. (2013) gir innsikt i hvilke alternative strategier til tvang helsepersonell bruker. Forskerne kommer frem til konkrete sykepleietiltak som kan overføres til praksis. Formålet med studien kommer tydelig frem. Studien er gjennomført i Norge etter ny lovgiving, og har dermed relevans for norsk sykepleiepraksis.

Studien av Duxbury et al. (2013) gir oss innsikt i personalets og pårørendes erfaringer knyttet til opphav og håndtering av aggressiv atferd hos personer med demens. Studien er utført i England, noe som til en viss grad kan begrense overføringsverdi til norsk praksis. Det som styrker studien er at den belyser både pleierens og pårørendes perspektiv i forhold til tvang i demensomsorgen. Studien er av god kvalitet og svært relevant i forhold til problemstillingen.

Studien av Jakobsen & Sørli (2010) gir oss forståelse for hvordan økonomiske rammebetingelser begrenser samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter, noe som kan føre til uetiske handlinger og tvang. Siden studien er gjennomført i Norge etter ny lovgiving, er den av stor relevans for norsk sykepleiepraksis. Formålet med studien kommer tydelig frem, og resultatene ser i følge metodedelen realistisk ut.

Studien til Skovdahl et al. (2004) belyser tilnæringsmåter og rammebetingelser som hemmer og fremmer utfordrende atferd hos personer med demens, og gir innsikt i både pleierens og pasientens perspektiver. Studien er svært relevant for oppgaven, fordi kunnskap om disse aspektene kan forhindre bruk av tvang. Siden ingen andre studier belyser dette på en like god måte, ble studien inkludert i oppgaven selv om den er av «eldre» dato.

Studien til Rognstad & Nåden (2011) gir oss innsikt i at økt kunnskap, kompetanse og etisk refleksjon kan bidra til redusert bruk av tvang. Formålet med studien kommer klart frem og

resultatene ser realistiske ut i følge metodedelen. Funn fra denne studien er relevant for problemstillingen og tematikken i oppgaven, og har overføringsverdi til sykepleiepraksis.

3.5 Forskningsetikk

Før man begynner å arbeide med en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres i forhold til *utvalg* og *presentasjon* av resultatet. Det er viktig å velge studier som er godkjent av en etisk komité, eller der gjennomføring av etiske vurderinger er dokumentert. En skal ta avstand fra plagiat og forskning uten angivelse av kilder (Forsberg og Wengström, 2013, s. 69-70, 145). Det er av stor betydning at informantenes anonymitet blir ivaretatt (Dalland (2012, s. 102).

Det er tatt hensyn til de ovennevnte kriteriene i litteraturstudiet, og alle forskningsartiklene er godkjent av en etisk komité. I studien til Skovdahl et al. (2004), der forskerne brukte videoptak, måtte de forholde seg til strenge etiske vurderinger. Forskerne påpeker at bare overkroppene ble filmet, og at filmmaterialet ble behandlet konfidensielt.

4 RESULTAT

4.1 Oppsummering av forskningsartikler

Hovedfunn ut fra de fem forskningsartiklene viser at tvang blir benyttet i situasjoner der pasienter yter motstand mot behandling og stell, av hensyn til medpasienter, pårørende og personalet, samt ved uønsket atferd som vandring og uro. Videre kan forhold på sykehjemmene som fastlåste rutiner, lav bemanning, manglende aktivitetstilbud, tidspress og bruk av ufaglærte bidra til bruk av tvang. En god del av tvangen som utføres er ulovlig, som tvang av hensyn til andre og tvang på grunn av ressursmangel. To artikler påpeker at atferdsavvik forekommer hyppig i situasjoner der personalet er involvert og overskrider pasientens private grenser.

Flere artikler tar for seg hvilke strategier og intervensjoner sykepleiere bruker for å unngå bruk av tvang. Forutsetninger som må være til stede for at strategiene kan anvendes er kjennskap til pasienten og tilstrekkelige ressurser. Et støttende arbeidsmiljø, nok tid, tilstrekkelig bemanning, kompetanse, kontinuitet i personalet og jevnlig etisk refleksjon viste seg å være nødvendig for å møte utfordringene. Sentrale funn for å redusere bruk av tvang er å flytte fokus fra oppgavesentrert til personsentrert omsorg.

4.2 Presentasjon av forskningsartikler

1. How to avoid and prevent coercion in nursing homes.

Denne norske studien av Gjerberg et al. (2013) belyser ansatte på sykehjem sine erfaringer og synspunkter på bruk av tvang på sykehjem. Hensikten med studien er å undersøke hvordan helsepersonellet håndterer utfordrende situasjoner der pasienter motsetter seg pleie og behandling. Forskningsartikkelen undersøker både hvilke alternative strategier til tvang de ansatte bruker og hvilke rammebetingelser og forhold de ansatte anser som nødvendig for å unngå bruk av tvang. Bakgrunn for studien er funn fra tidligere studier som har vist utstrakt bruk av tvang i sykehjem mot pasienter med demens både i Norge og vestlige land forøvrig. Forskerne valgte en kvalitativ tilnærming basert på fokusgruppedesign som forskningsmetode som er nærmere beskrevet i resultattabellen. Funn i studien viser at helsepersonell forsøker aktivt å begrense bruk av tvang ved hjelp av en «verktøykasse» full av strategier, og at tvang blir sett på som siste utvei. Helsepersonell brukte avlednings- og overtalelsesstrategier, fleksibilitetsstrategier og skjerming. Studien viser at visse forutsetninger må være til stede for at tvangsforebyggende strategier kan gjennomføres. Sykepleierne uttrykker viktigheten av å ha kjennskap til pasienten, dens historie og preferanser, for å forstå hvorfor denne motsetter seg behandling. Tilstrekkelige personalressurser med adekvat kompetanse innenfor demensomsorg og nok tid til å ivareta pasientenes behov er en forutsetning for å lykkes.

2. Staff and relatives` perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care.

Denne engelske studien av Duxbury et al. (2013) belyser personalets og pårørendes erfaringer knyttet til opphav og håndtering av aggressiv atferd hos personer med demens. Studien ble utført på fire sykehjem i England. Deltakernes erfaringer og synspunkter belyses gjennom to ulike kvalitative tilnæringsmetoder som er nærmere beskrevet i resultattabellen. Funn i studien viste at sykepleiere og pårørende var samstemte om at mellommenneskelige intervensjoner og personsentrert omsorg er den beste måten for å kunne forstå og møte pasientens utfordrende atferd. Både personalet og pårørende mente at tvangstiltak bør sjelden brukes som tilnærming til aggressiv atferd. Pårørende kunne samtykke til tvang av mindre alvorlig karakter, men ikke dersom tvangstiltak kunne ha helsemessige konsekvenser for pasienten. Pårørende poengterer at en empatisk, rolig og omsorgsfull holdning til pasienten er

av sentral betydning. De mener at en aldri skal respondere med sinne eller frustrasjon på pasientens aggressive atferd. Informantene understreker at atferdsavvik forekommer hyppig i stellesituasjoner der private grenser overskrides. Personalet fremhevet betydningen av både målrettet kommunikasjon og «refleksjon over ulike tilnæringsmåter» for å kunne motvirke eller redusere utagerende atferd og bruk av tvang. Sykepleiere poengterte viktigheten av ikke å dømme personer med demens for deres atferd, men heller være bevisst på at en selv kunne engang havne i samme situasjon. Å se hele mennesket bak diagnosen, og ikke bare sykdommen og farene, er av sentral betydning. Studien konkluderer med at personsentrert omsorg er sentralt i møte med personer med demens, og at det er behov for videre forskning for å kartlegge pasientens synspunkter. Pasientene bør intervjues på et tidlig stadium i sykdommen mens de ennå har tilfredsstillende kognitive ferdigheter til å kunne gjøre rede for sine standpunkter.

3. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers.

Denne norske studien av Jakobsen og Sørli (2010) belyser etisk vanskelige situasjoner som helsepersonell opplever i sitt arbeid på sykehjem. Studien har et kvalitativ design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. 23 ansatte fra ulike yrkesgrupper på et norsk sykehjem ble intervjuet. I innledningen beskrives sykepleierens rolle som pasientens advokat. Forfatterne påpeker at helsevesenets effektivitets- og produksjonskrav kan komme i konflikt med sykepleierens profesjonsmål. Tidspres og høy arbeidsbelastning fører til at pleiere ikke er i stand til å ivareta pasientenes behov, noe som kan resultere i dårlig samvittighet, moralsk stress og videre føre til sykemeldinger og utbrenthet. Funn i studien viste at helsepersonell daglig møter etiske utfordringer i deres arbeid, spesielt i samhandling med personer med demens som ikke er i stand til å ta egne valg. Informantene gav uttrykk for at de stadig balanserte mellom idealene om å ivareta pasientenes autonomi og å beskytte pasientenes verdighet. Helsepersonell synes det er vanskelig å utøve tvang, men hevder at det noen ganger er nødvendig for å ivareta pasientens verdighet. Frihetsberøvelse som blir utført på grunn av tidspres opplever de ansatte som svært frustrerende. Informantene refererer til manglende støtte fra ledelsen. Flere ansatte føler seg presset til å yte omsorg på samlebånd. Noen ansatte hevder at de gjentatte ganger har rapportert om uakseptable forhold i avdelingen uten at ledelsen har tatt initiativ til forbedring. Studien konkluderer med at helsepersonell er frustrert

over det faktum at pasientenes verdighet blir satt på spill. Det er en reell fare for at pleieren gradvis tar opp den rådende kulturen på arbeidsplassen.

4. Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions.

Bakgrunn for den svenske studien av Skovdahl et al. (2004) er en tidligere studie der de samme forfatterne belyste samspillet mellom pleiere og personer med demens og aggressiv atferd. Pleiere på to ulike sykehjem i Sverige ble videofilmet i stellesituasjoner med pasientene. På det ene sykehjemmet strevde pleierne når de skulle samspille med pasientene, mens på det andre sykehjemmet hadde pleierne god evne til å takle utfordringen. Målet med denne studien var å få innsikt i årsaken til at den ene personalgruppen opplevde å mestre stell av pasienter med demens og utfordrende atferd, mens den andre rapporterte til problemer og måtte ty til bruk av tvang. Forskerne brukte en kvalitativ metode som kalles «stimulated recall», der man anvender observasjon etterfulgt av reflekterende intervju som datainnsamlingsmetode. Studien avslørte at pleierne på de ulike sykehjemmene hadde to forskjellige måter å tenke og handle på. Den ene måten var oppgavesentrert, mens den andre var personsentrert.

De pleierne som strevde i samspill med pasienter med APSD, hadde større fokus på arbeidsoppgaven som skulle utføres enn på selve pasienten. De gjennomførte dusjingen med bruk av makt uten å informere pasienten om det som skulle skje. De valgte å overhøre pasientens protester og mente at disse likevel snart ville glemme episoden. De fokuserte på pasientenes negative atferd og omtalte dem som krevende og provoserende. Pleierne hindret dermed ubevisst en positiv interaksjon. Avdelingen var preget av lav bemanning med dårlig kompetanse og de ansatte gav uttrykk for manglende støtte fra ledelsen.

De pleierne som opplevde å mestre stell av pasienter med APSD, hadde hele tiden pasientens ønske og behov i fokus og var observant på deres følelsesmessige budskap. Personalet hadde god evne til å reflektere kritisk over sin egen væremåte når de var sammen med pasientene. Selv om det kunne oppstå utfordrende situasjoner, opptrådte de forståelsesfullt, rolig og varmt overfor pasientene. De var opptatt av å respektere pasientenes vilje og å involvere dem i stellesituasjoner. De var fleksibel i sin arbeidsform og utsatte heller utfordrende situasjoner til et senere tidspunkt enn å bruke tvang. Avdelingen var preget av høy fagkompetanse og de

ansatte følte seg sett og ivaretatt av ledelsen. Rom for refleksjon førte til alternative løsninger til tvang og til økt mestringsfølelse blant pleierne.

5. utfordringer og kompetanse i demensomsorgen.

Studien av Rognstad og Nåden (2011) har som hensikt å beskrive helsepersonellens opplevelser av pleie- og omsorgssituasjoner i møte med pasienter med demens og utagerende atferd. Videre sikter studien mot å belyse personalets behov for kompetanseheving for å kunne ivareta pasientens verdighet. Studien er av kvalitativ forskning hvor 12 pleiere ved en avdeling for aldersdemens og alderspsykiatri i Norge deltok i forskningsintervjuer. Deltakerne ble spurt om å beskrive sine opplevelser og utfordringer ved å gi omsorg til nevnte pasientgruppe. Funn i studien viser at personalet opplever maktesløshet og redsel i møte med pasienter med voldelig og utagerende atferd. Personalet understreker at de kontinuerlig står overfor etiske dilemmaer når det gjelder bruk av tvangstiltak. Satsing på etisk refleksjon for å drøfte vanskelige situasjoner i fellesskap vil etter deres mening være et viktig bidrag i arbeidet med denne pasientgruppen. Informantene etterspurte kompetanseheving og praktisk mestring for å takle utfordrende situasjoner. Studien konkluderer med at helsepersonell må føle trygghet i møtet med pasienter med utagerende atferd for å kunne yte verdig omsorg. Personell bør kurses i omgang med pasienter med aggressiv atferd. Økt kunnskap og kompetanse kan bidra til både å styrke personalets trygghet og til økt etisk refleksjon. Dette kan resultere i omsorg uten tvang med verdigheten i behold for både omsorgsgiveren og pasienten.

5 DRØFTING

I følgende kapittel drøftes forskningsartiklene opp mot praksiserfaringer, Martinsens omsorgsfilosofi og teoridelen med den hensikt å få kunnskap om hvorfor og når tvang brukes, samt å finne alternative løsninger til tvang.

5.1 Personsentrert omsorg på dagsorden

Sosialpsykologen Kitwood (1999, s. 17-94) ønsker å endre holdningene i demensomsorgen fra vektlegging av sykdommen til et sterkere fokus på personen med demens. Han påpeker at

vi må være oppmerksom på å gjenkjenne og eliminere ondartete sosialpsykologiske faktorer, som tvang, umyndiggjøring, infantilisering, trusler, objektivisering og stigmatisering.

Personsentrert omsorg innebærer at vi ser hele mennesket bak diagnosen, at vi prioriterer relasjonen til pasienten i vel så stor grad som oppgavene som skal utføres, at vi respekterer pasientens identitet under hele demensforløpet og at vi legger til rette for at vedkommende kan bruke ressursene sine maksimalt. Kitwood (1999) hevder at samtlige pleieplaner for personer med demens bør inneholde notater om hvordan en kan sikre ivaretagelsen av pasientens psykologiske behov for *trøst, tilknytning, inkludering, beskjeftigelse og identitet*.

Påstanden om at personsentrert omsorg er den nødvendige tilnærmingen som kreves for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen, kommer også frem i studien til Skovdahl et al. (2004). Studien viser at pleierne kan bruke sin makt positivt eller negativt, og at deres holdning til personer med demens er en avgjørende faktor i «valget» mellom frivillighet eller tvang. De pleierne som strevde i samspill med personer med demens og utfordrende atferd, hadde større fokus på arbeidsoppgaven enn på selve pasienten. De behandlet pasienten som et objekt, uten øye for menneskeverd, og gjennomførte dusjingen med bruk av makt. De pleierne som opplevde å mestre stell, hadde hele tiden pasientens ønske og behov i fokus. De gav pasienten *trøst* ved å opptre varmt, forståelsesfullt og empatisk. De sørget for *tilknytning* ved å lytte til pasienten. De bevarte pasientens *identitet* ved å behandle vedkommende på en likeverdig og respektfull måte, og ved å kjenne til og følge dens ritualer. De sørget for *beskjeftigelse og inkludering* ved å involvere pasienten og legge til rette for reell medvirkning. Kroken (2011, s. 32) bekrefter at prinsippet om verdighet krever at vi anerkjenner menneskeverdet uavhengig av individets tilstand.

Studien til Gjerberg et al. (2013) underbygger at kjennskap til pasienten og dens historie, samt et godt etablert tillitsforhold er forutsetninger for å forhindre bruken av tvang. Informasjon om pasientens væremåte, vaner og preferanser, som for eksempel preferanser knyttet til personlig hygiene og matvaner, kan hjelpe pleierne til å peile seg inn på samværsformer som vil finne gjenklang i pasientens tidligere liv. En tilnærming preget av gjenkjennbare elementer, empati og respekt vil redusere opplevelsen av angst og kaos hos personer med demens. Kjennskap til pasientens historie og familie kan være et viktig utgangspunkt for gode samtaler.

Praksis viser at pårørende kan være en viktig ressurs når det gjelder å hente inn bakgrunnsinformasjon, siden de har best kjennskap til pasientens livshistorie. Inkomstsamtaler og oppfølgingssamtaler har vist seg å være nyttige verktøy for å få tak i slik informasjon. Jeg har opplevd at et fotoalbum med gode minner kan være et verdifullt hjelpemiddel til å bevare pasientens identitet og for å skape gode øyeblikk.

Martinsen (2003a, s. 86) beskriver at menneskets makt har to sider, «den kan brukes til å frigjøre den andres livsressurser, men også til å sette den andre fast i et undertrykkingsforhold».

Martinsen hevder at dersom sykepleien blir til en teknikk uten hjertelag, har den lite for seg. Hun poengterer at personorientert profesjonalitet handler om å være engasjert, å gi noe av seg selv og å være forpliktet til å gjøre det beste for den andre. Det krever at en er til stede i situasjonen med hele sin sansende kropp, og bruker fantasi og variasjon i møte med den andre. Når faglighet og hjertelag går hånd i hånd, kan pasienten tre frem i sin lidelse (Martinsen, 2000, s. 10-32).

Dette er i tråd med verdighetsgarantien (2011), som sier at «tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel».

I møte med denne sårbare pasientgruppen er det viktig å arbeide i tråd med de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), som sier: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder rett til helhetlig sykepleie, rett til å være medbestemmende og rett til ikke å bli krenket». «Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødig rettighetsbegrensning og tvang».

5.2 Forståelse av utfordrende atferd

Informantene i studien til Duxbury et al. (2013) poengterte viktigheten av ikke å dømme personer med demens for deres atferd, men heller prøve å forstå hva som ligger bak atferden. Informantene fremhever betydningen av målrettet kommunikasjon og «refleksjon over ulike tilnæringsmåter» for å motvirke utagerende atferd og bruk av tvang. Studien til Rognstad og Nåden (2011) trekker frem evnen til å holde seg rolig, og til å kunne «lese» pasienten som viktige strategier for å unngå å fremprovosere aggresjon.

Et eksempel fra praksisen min på sykehjem har vist at kartlegging av pasientens atferd kan redusere bruk av unødig tvang. En gammel mann med langkommet demens nektet gang etter gang å dusje, tross gjentatte forsøk av tillitsskapende tiltak fra personalets side. Siden det var nærmest umulig å få til et samarbeid med pasienten, endte dusjingen ofte med bruk av makt. En erfaren sykepleier observerte at pasientens aggresjonsnivå var høyest om morgenen. Sykepleieren snakket med en pårørende, og fikk vite at pasienten hadde for vane å dusje om kvelden. Da pleierne endret dusjrutinen til kveld, mestret de som oftest å dusje pasienten uten bruk av tvang.

Rokstad (2014, s. 182-190) bekrefter at det er nødvendig å iverksette tiltak som bygger på informasjon og formodning om hva som ligger til grunn for den enkeltes atferd. Dette krever en grundig kartlegging av pasientens atferd, som type atferd, hvem eller hva atferden retter seg imot, i hvilke situasjoner atferden opptrer, tidspunkt på døgnet samt intensiteten og varigheten av denne. Hun hevder at Nevropsykiatrisk evalueringsguide er et nyttig hjelpemiddel i utredning av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Hyppighet, intensitet og belastning av ledsagende symptomer ved demens registreres. For å forstå pasientens atferd må følgende faktorer tas med i betraktning: Typen av demens, bivirkninger av legemidler, somatiske forhold, pasientens omgivelse, omsorgsgiverens tilnærming samt pasientens personlighet, dens mestringsevne og historie. På bakgrunn av denne forståelsen kan adekvate tiltak utprøves.

Kitwood (1999, s. 144) underbygger at det er nødvendig å prøve å forstå budskapet i pasientens atferd, og å ta seg av underliggende behov. Han hevder at vi bør betrakte problematferd som et forsøk på kommunikasjon og formidling av udekkete behov.

At forsøk på å lese og tolke pasientens signaler er viktig for å redusere uønskete hendelser er i tråd med Martinsens (2003b, 149-151) omsorgstenkning. Hun påpeker at «i en vanskelig situasjon krever tydingen vår fulle innsats og en personlig integritet». Sykepleieren må anstrenge seg for å se ulike sider hos pasienten, noe som krever fantasi, kreativitet, mot og konsentrasjon. Martinsen beskriver at situasjoner der pasienten reagerer på sin lidelse med aggressivitet kan være vanskelige, og det er lett for at sykepleieren reagerer med antipati. Martinsen hevder at « (...) nettopp i en slik vanskelig situasjon ligger det en fordring eller appell om å tyde pasientens livssituasjon for å få livsmotet frem». Sykepleieren må være åpen for sansingen og inntrykkene i møte med pasienten og anstrenge seg for å se pasientens hele

situasjon. Dermed vil positive sider hos pasienten få anledning til å tre frem og redusere våre antipatier.

5.3 Dilemma mellom autonomi og paternalisme

I praksis står vi ofte overfor etiske dilemmaer i den daglige omsorgen for personer med demens, der vi er i tvil om hva som er rett eller galt, lovlig eller forbudt. Det kan være situasjoner der pasienten motsetter seg stell, behandling og medisiner, eller der fysiske tvangsmidler brukes for å forhindre at pasienten skader seg. Studien til Duxbury et al. (2013) viser til pasienter som venter foran låste dører, fordi personalet ikke har tid å følge dem ut. Studien til Pedersen et al. (2013) påpeker bruk av beroligende medisiner i stedet for aktiviteter.

Hovedfunn viser at helsepersonell og pårørende mener at tvangstiltak sjelden bør brukes som tilnærming til pasientene. I utgangspunktet ønsker de fleste informantene at personer med demens skal bestemme selv, så lenge de ikke skader seg selv eller andre. Forfatterne Midtbø og Råholm (2014, s. 199-205) understreker at sykepleieren må vurdere den varierende samtykkekompetansen til enhver tid hos pasienten, og legge til rette for brukermedvirkning så godt det la seg gjøre. Dette er i tråd med kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjeneste (2003), som sier at den enkelte brukeren skal gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenestene. Retten til informasjon og medvirkning er videre regulert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3.

Forskning viser at helsepersonell stadig befinner seg i grenseland mellom frivillighet og tvang. Studien til Rognstad og Nåden (2011) avslører at det kan være vanskelig å finne rett balansegang mellom bruk av tvang og erkjennelsen av pasientens autonomi. På den ene siden ønsker personalet å ivareta pasientenes rett til medbestemmelse, på den andre siden føler de seg forpliktet til å gi «påkrevet» helsehjelp. Personalet opplever usikkerhet og redsel i møte med pasienter med voldelig atferd. Studien avslører at økt kunnskap og kompetanse vil kunne bidra til å styrke personalets trygghet, til økt etisk refleksjon og til en verdig omsorg. Studien til Pedersen et al. (2013) bekrefter at sykepleiere trenger økt kompetanse, og avslører at sykepleiere er usikre på praktiseringen av det nye lovverket og på hvordan samtykkekompetansen skal vurderes. Siden tolkingen av tvangslovene krever bruk av utstrakt skjønn,

har informantene uttalt ønske om tverrfaglige diskusjoner. Studien til Gjerberg et al. (2013) bekrefter at det ikke bare er behov for flere hender, men at «hendene også må være kompetente».

Gjennom utdanningen har vi fått god opplæring i etikk og etisk refleksjon, og har tilegnet oss grunnleggende faglig og juridisk kompetanse i demensomsorgen. Forskning viser at pleiere som har høyere fagkompetanse og kjennskap til pasientene bruker mindre tvang. Med tanke på at det arbeider mange ufaglærte på norske sykehjem, kan en undre seg om helsepersonell alltid er de rette til å ta avgjørelser om hva som er det beste for pasienten. Funn kan tyde på at det både trengs et kompetanseløft av eksisterende helsepersonell og kontinuitet i personalet for å redusere bruk av tvang.

Studien til Duxbury et al. (2013) og Rognstad og Nåden (2011) viser at det i blant kan være riktig å bruke tvang når en pasient uten samtykkekompetanse gjør motstand mot nødvendig helsehjelp. Informantene viser til situasjoner der pasienter nekter å ta livsviktig medikasjon, der pasienter ligger full i avføring og nekter stell, eller der pasienter er til fare for seg selv eller andre. I slike tilfeller må pasientens autonomi tilsidesettes for å beskytte vedkommende mot å skade seg selv eller andre. Informantene beskriver dette som siste utvei, etter at tillitsskapende tiltak er utprøvd. Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) åpner opp for nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Tillitsskapende tiltak må ha vært forsøkt og helsehjelp kan gis dersom unnlattelse kan føre til vesentlig helseskade. Slettebø (2013, s. 109) forklarer at det hovedsakelig er leger, i samråd med sykepleiere eller hjelpepleiere, som fatter vedtak om tvungen helsehjelp. Forfatterne Midtbø og Råholm (2014, s. 199-205) bekrefter at dersom ivaretagelsen av autonomiprinsippet fører til omsorgssvikt, må den suppleres med andre etiske prinsipper, som velgjørenhetsprinsippet, ikke skade-prinsippet og prinsipper som respekt for pasientens verdighet og integritet. Slettebø (2013, s. 85-112) påpeker at paternalisme i slike tilfelle er en form for velgjørenhet, siden sykepleieren bestemmer til pasientens beste. I følge Martinsen er det legitimt å bruke svak paternalisme dersom pasienten har redusert evne til å vite hva som er best for seg selv. Forutsetningen må være at sykepleieren alltid forsøker å handle til det beste for pasienten. Martinsen påpeker at sykepleieren må være oppriktig interessert i å sette seg inn i pasientens situasjon. Det kreves engasjement, sensitivitet og faglig og moralsk skjønn for å ta rette og gode avgjørelser på

vegne av pasienten. Ved å være sensitiv, engasjert og tålmodig kan sykepleieren skape tillit (Martinsen, 2005, s. 146-147).

5.4 Strategier for tvangsreduksjon

Funn i studien av Gjerberg et al. (2013) viser at helsepersonell forsøker aktivt å begrense bruk av tvang ved hjelp av en «verktøykasse» full av strategier. Helsepersonell bruker avlednings- og overtalelsesstrategier som å avlede pasienten ved å snakke om positive ting, å «lirke og lure» og godsnakke med pasienten. Ved å fokusere på positive egenskaper hos pasienten prøver de ansatte å vende vedkommendes oppmerksomhet bort fra angstprovoserende situasjoner. Pleiere begrenser pasientens valgmuligheter ved bevisst bruk av språk. I stedet for å spørre pasienten om han vil dusje, sier de «i dag skal du dusje og jeg skal hjelpe deg».

En kan undre seg om overtalelse, luring og hvite løgner fratrar pasienten muligheten til å bestemme over seg selv og krenker vedkommendes menneskeverd. Foreligger det en reell frivillighet dersom pleieren sier: «I dag skal du dusje (...)?» Slik jeg ser det bør sykepleiere prøve å bevare pasientens menneskeverd ved å legge til rette for reell deltakelse, slik Kitwood (1999) beskriver det i sin teori. Kroken (2011, s.32) bekrefter at menneskeverd kan være en overordnet norm for verdimeslige avveininger. Uformell tvang⁵ bør sees som siste utvei før en tyr til fysisk eller kjemisk tvang

En annen strategi som anvendes for å begrense bruk av tvang er fleksibilitet, som å utsette vanskelige situasjoner til et senere tidspunkt, å bytte personell og en-til-en omsorg. Skjerming er en strategi som blir brukt for å forhindre at situasjoner eskalerer der pasienten oppfører seg på en måte som blir oppfattet som truende. Pleiere understreker at en ikke alltid trenger gjøre så mye, ofte er det nok å bare være til stedet (Gjerberg et al., 2013). Studien til Skovdahl et al. (2004) underbygger påstanden om at fleksibilitet ofte er en vellykket strategi.

Studien av Gjerberg et al. (2013) viser at mulighet til å bruke alternative strategier til tvang er avhengig av sykehjemmets struktur og organisering. Lite bemanning, få fagansatte, manglende kontinuitet i personalet og lite tid kan resultere i bruk av tvang. Helsepersonell er

⁵ Uformell tvang omfatter praksis der respekten for pasientens selvbestemmelsesrett settes til side uten lovhjælp (Ose, Kaspersen, Lilleeng & Kalseth, 2010).

kjent med at mangel på ressurser og hensyn til andre ikke er en lovlig grunn til å utføre tvang. De beskriver et gap mellom de ambisiøse idealene som er beskrevet i lovkravene og den virkeligheten de står opp i.

Studien av Jakobsen og Sørli (2010) underbygger at helsevesenets effektivitets- og produksjonskrav kommer i konflikt med sykepleierens profesjonsmål, og kan føre til uetiske handlinger og tvang. Studien viser at moralsk stress over tid kan føre til sykemeldinger og utbrenthet. Det er en reell fare for at sykehjemmet, gjennom effektivitetskrav og manglende støtte, koloniserer pleiernes livsverden.

Studien til Pedersen et al. (2013) bekrefter at tvang forekommer hyppig på norske sykehjem, uten at det er fattet vedtak. Dette begrunnes med omfattende krav til innholdet, og at det som utløser tvangsbruk ikke er beskrevet som lovlig begrunnelse.

I praksis opplever vi at situasjoner på sykehjemmene er hard presset, og at tvang enkelte ganger aksepteres for å løse ressurs- og bemanningsproblemer. Helsepersonelloven (1999) §§ 4 og 16 regulerer helsepersonellens individuelle ansvar og lederens systemansvar for forsvarlig yrkesutøvelse, noe som kan være vanskelig å etterleve. Min erfaring fra praksis er at sykepleierens dokumentasjon utgjør et viktig grunnlag for kravet om økte ressurser.

Martinsen (2000, s. 32, 77-84) hevder at sykepleieren som arbeider i direkte kontakt med pasienten, har kunnskap om pasientens behov for omsorg som bør tas hensyn til. Martinsen (2005, s. 164-165) sier at sykepleieren må avdekke barrierer i omsorgen, «og løfte denne dokumenterte kunnskapen fram for politikerne med krav om endring».

Dette er i tråd med de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), som sier at «sykepleieren deltar aktiv i den offentlige debatt, og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger». Sykepleieren skal bidra til at sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjeneste imøtekommes.

Praksis viser at det finnes pleiere som, til tross for rutiner og travelheten, makter å være fleksibel, fantasifull og kreativ. Det er viktig å tenke utfordring i stedet for problem, og fokusere på de gode eksemplene!

5.5 Etisk refleksjon reduserer tvang

I praksis blir vi ofte blindt styrt av etablerte rutiner, uten å stille oss spørrende til dem. Rutiner på sykehjem regulerer når pasienten skal stå opp og legge seg, kle på seg om morgenen og når han skal dusje. Vi bør reflektere over om vi gjør en dårlig jobb dersom pasienten ikke har dusjet mandag kl. 8:30. Kanskje vi bør se på rutiner mer som en fleksibel ramme heller enn en «tvangstrøye»!

Studien til Duxbury et al. (2013) viser at utfordrende atferd ofte oppstår i situasjoner der personalet er involvert. Solheim (2009, s. 71-73) underbygger at atferdsavvik forekommer hyppigst når personalet er involvert og overskrider pasientens private grenser, som ved stell og toalettbesøk. Rokstad (2014, s. 340-343) hevder at omsorgspersoner bør reflektere over om egen atferd knyttet til omsorgsrollen kan fremkalle atferdsmessige reaksjoner hos pasienten, og tilpasse sin væremåte etter pasientens signaler. Refleksjon-over-handling betyr at vi i ettertid analyserer handlinger og revurdere dem. Vi stiller spørsmål som: Hvorfor reagerte pasienten slik? Kunne jeg handlet annerledes?

Studien til Rokstad og Vatne (2011) finner at Dementia Care Mapping er en nyttig metode for å sette i gang refleksjoner over egen praksis og bidra til nye måter å møte pasientene på. Tilbakemeldingene personalet fikk om resultatet av kartleggingen bidro til økt bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap. Eksempler på god omsorgspraksis skaper trygghet i egen praksisutøvelse og fører til økt sensitivitet for pasientenes individuelle behov. DCM øker personalets bevissthet om at de må følge pasientens rytme for å legge til rette for medvirkning ut fra vedkommendes forutsetning. Erfaringer fra flere land har vist at DCM har redusert forekomsten av negative hendelser og bruken av tvang. Rokstad (2014, 340-345) påpeker at det er viktig å skape omsorgsmiljøer og holdninger som reduserer sannsynligheten for at utfordrende atferd oppstår. Lederens holdninger er av stor betydning for den rådende pleiekulturen, som gjenspeiler felles normer og verdier i institusjonen.

At det kreves en arena for refleksjon og erfaringsutveksling for å håndtere vanskelige situasjoner, er i tråd med føringene i «Demensplan 2015».

Studien til Skovdahl et al. (2004) bekrefter at rom for refleksjon gir mestringsfølelse og kreative handlingsstrategier.

Martinsen (2005, s. 164-165) beskriver den faglig dyktige sykepleieren som en reflektert praktiker. Å vite hva som er best for den andre krever at sykepleieren bruker sitt faglige skjønn slik at et tillitsforhold blir mulig. Sykepleieren må stille seg kritisk til arbeidsforhold og organisasjonsstrukturer som medfører rutinearbeid og innsnevring av tillitens rom.

Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011), som sier at sykepleieren har et faglig og etisk veiledningsansvar for andre omsorgsarbeidere, og skal bidra aktivt til etisk refleksjon.

6 AVSLUTNING

Oppgaven viser at tvang er et svært komplekst tema. Det finnes ikke noe enkelt svar på hvordan sykepleiere kan redusere bruk av tvang i demensomsorgen. Likevel kan det trekkes frem viktige funn og konklusjoner.

Hovedfunn viser at personsentrert omsorg kan bidra til å redusere utfordrende atferd og bruk av tvang. Konkrete sykepleietiltak er å innhente bakgrunnsinformasjon om pasientens vaner og preferanser, kartlegge årsaker til motstand, iverksette tillitsskapende tiltak og legge til rette for reell medvirkning.

Det finnes mange gode strategier for å redusere bruk av tvang i demensomsorgen, som fleksibilitetsstrategier, avledningsstrategier og skjerming. Ingen av disse strategiene er absolutte. Sykepleieren må bruke skjønn, og sette strategiene i sammenheng med hver enkelt pasient og situasjon.

Pleiekulturen og personalets holdninger er avgjørende faktor i «valget» mellom frivillighet eller tvang. Refleksjon og tverrfaglig diskusjon er viktige verktøy for å fremme helsepersonellens bevisstgjøring om egne holdninger og handlinger, for å avsløre forhold i institusjonen som hemmer og fremmer bruk av tvang, samt for å øke bevissthet om alternative løsninger.

Et høyt faglig nivå på omsorgen for personer med demens kan bidra til å redusere bruk av tvang. Det kreves økt satsing på kompetanseutvikling i sykehjemmene.

Siden alternativer til tvang omhandler et bredt spekter av virkemidler som berører hele tjenesteorganiseringen, er det viktig at sykepleieren engasjerer seg i den helse- og

sosialpolitiske utviklingen. Sykepleierens dokumentasjon danner grunnlag for krav om økte ressurser.

Mulige konsekvenser for forbedring/endring i sykepleiepraksis ut fra forskningsfunn kan være at det skapes rom for fagutvikling og refleksjon på sykehjemmene. Helsepersonell kan flytte fokus fra rigide rutiner og overdreven vektlegging av arbeidsoppgaver, til mer fleksibilitet og et sterkere søkelys på personer med demens. Anvendelse av ovennevnte forskningsfunn over tid vil forhåpentligvis kunne bidra til redusert bruk av tvang. Det er behov for videre forskning for å kartlegge pasientens subjektive erfaringer og synspunkter på bruk av tvang.

Martinsens omsorgsfilosofi var en verdifull kilde for litteraturstudiet. Den gav innsikt i omsorgens betydning som motvekt mot tvang. Arbeidet med litteraturstudiet har gitt meg en dypere forståelse for tematikken, og nye perspektiver og måter å tenke og handle på.

Litteraturstudiet avsluttes med et sitat fra frigjøringslederen Mahatma Gandhi (Fugelli, 2003, s. 67):

«Den forandringen du vil se i verden må du være selv!»

REFERANSELISTE

- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag A.S.
- Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M., & Sykes, S. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 20(9), 792-800. doi: 10.1111/jpm.12018.
Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2150/doi/10.1111/jpm.12018/pdf>
- Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur og kultur.
- Fugelli, P. (2003). *0-Visjonen: Essay om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. doi: 10.1177/0969733012473012.
Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f6904ba-297b-4e2e-9ae0-b91920a9ae1d%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4107>
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2007). *Demensplan 2015: Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015*. Hentet 5. januar 2015 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni.2011 nr. 30*. Hentet 13. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2.juli 1999 nr. 64*. Hentet 4. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet (2011). *Oppsummeringsrapport: Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven kap. 4A – 2009-2010. Internserien 3/2011*. Oslo: Statens Helsetilsyn. Hentet 6. januar 2015 fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/oppsummering_pasrl_4a_internserien3_2011.pdf
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289-300. doi: 10.1177/0969733009355375. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2062/docview/201451336/fulltextPDF/FFF6DF4A8BC64698PQ/2?accountid=28726>
- Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2014). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 207-231). Oslo: Akribe AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. København: Munksgaard Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug, (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., bind 1, s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kroken, J. (2011). *Bruk av tvang og makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapssenteret (2008). *Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjeneste. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m. v*. Hentet 13. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitetsforskrift>
- Lyngfoss, S., & Hauge, S. (2014). Omsorg – handling eller føleri? En kritisk analyse av Kari Martinsens omsorgsteori. *Nordisk Sykepleieforskning*, 4(3), 213-226. Hentet fra http://www.idunn.no/nsf/2014/03/omsorg_handling_ellerfoeleri_en_kritisk_analyse_a_v_kar

- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003b). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003c). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk – filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- Midtbø, T., & Råholm, M. B. (2014). Når autonomien blir den verste fienden for pasienten. I H. Alsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.). *Rom for omsorg?* (1. utg., s. 193-207). Bergen: Fagbokforlaget.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og juss* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 29. desember 2014 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Lilleeng, S., & Kalseth, J. (2010). *Kommunale tiltak i psykisk Helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon* (SINTEF-rapport nr. A14167, 2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 5. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R., Hem, M. H., Gjerberg, E., & Førde, R. (2013). Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 18 (133) 1935-1939. doi: 10.4045/tidsskr.13.0237. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/3067360/>
- Rognstad, M. K., & Nåden D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv. *Nordisk Sykepleieforskning*, 1(2), 143-155. Hentet fra <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06>
- Rokstad, A. M. M. (2014). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 27-45). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2014). Kompetanseutvikling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 340-350). Oslo: Akribe AS.

- Rokstad, A. M. M. (2014). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 180-206). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad A. M. M., & Vatne S. (2011). Dementia care mapping: En mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-34.
Hentet fra: <http://sykepleien.no/forskning/2011/03/dementia-care-mapping-en-mulighet-refleksjon-og-utvikling>
- Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kilgrehn, M. (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 515-525. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=00c96f2e-6b4c-456f-9fe8-6c2a987df027%40sessionmgr111&vid=5&hid=101>
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smebye, K. L. (2014). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (1. utg., s. 13-26). Oslo: Akribe AS.
- Solheim, K. (2009). *Demensguide: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Svartdal, F. (2013). Sosialpsykologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/sosialpsykologi>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet 02. februar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders diagnostic criteria for Resarch*. Geneva: WHO.

Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskningsartikler

Artikkel Forfatter/Tittel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Funn
Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R. & Pedersen, R. (2013). “How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study”.	Hensikten med studien er å undersøke hvilke alternative strategier og intervensjoner helsepersonell i Norge bruker når demente motsetter seg pleie og behandling, og hvilke forhold de ansatte anser som nødvendig for å lykkes med å unngå bruk av tvang.	Forskerne valgte en kvalitativ tilnærming basert på fokusgruppedesign. Det ble gjennomført 11 tverrfaglige fokusgruppe- intervjuer med en varighet av ca. 2 timer. Analysen ble gjennomført i flere trinn. Etter ordrett transkripsjon av lydbandopptakene ble intervjuene lest og analysert uavhengig av hver enkel forfatter. Deretter ble funnene diskutert mellom forfatterne. En eklektisk framgangsmåte, der forskerne kunne bevege seg fritt fram og tilbake i tekstene, ble valgt for å tolke meningen av datamaterialet.	Deltakerne er sykepleiere, hjelpepleiere og noen ansatte uten formell kompetanse. Det var totalt 60 ansatte fra både skjermete og somatiske avdelinger av fem sykehjem i Sør-Norge som deltok i studien.	Funn i studien viser at helsepersonell forsøker aktivt å begrense bruk av tvang ved hjelp av en «verktøykasse» full av strategier, som: <ul style="list-style-type: none"> • Avledning og overtalelse. <ul style="list-style-type: none"> - Begrensning av pasientens valgmuligheter ved bevisst bruk av språket. - «Lirke og lure» og gods snakke med pasienten. - Avleder ved å snakke om positive ting for å snu en situasjon. • Fleksibilitet <ul style="list-style-type: none"> - Utsette, prøve igjen senere. - Bytte personell. - En-til-en omsorg. • Skjerming med en ansatt til stedet for å roe ned pasienten. <p>Forutsetninger og betingelser som må være til stede for at strategier kan anvendes er i følge studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Å kjenne pasienten. • Tilstrekkelige ressurser. <ul style="list-style-type: none"> - Nok personal/nok tid er essensielt for å unngå unødig bruk av kjemisk tvang for å roe ned pasientene. - Kompetanse blant helsepersonell. - Kontinuitet i personalet.
Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S. (2012). “Staff and relatives` perspectives on the aggressive behavior of older people	Hensikten med studien var å undersøke personalets og pårørendes erfaringer knyttet til opphav og håndtering av aggressiv atferd hos	Denne kvalitative studien ble utført i fire sykehjem i England. For å samle inn data kombinerte forskerne to ulike metodiske tilnærminger, forskingsintervju og fokusgruppeintervju. Åtte semistrukturerte forskingsintervjuer	<i>Personalet:</i> Åtte ansatte i alderen 22 til 55 år deltok i studien, derav seks kvinner og to menn. Posisjonen til deltakerne var som følger: Fire avdelings-	Forskning viser at årsaksforhold til aggressiv atferd er en triade av interne-, eksterne og mellommenneskelige faktorer. Atferd kan blant annet skyldes: <ul style="list-style-type: none"> • Frustrasjon over egen utilstrekkelighet. • Somatiske problemer. • Udekkede behov. • Kommunikasjonsproblemer.

<p>with dementia in residential care: A qualitative study”.</p>	<p>personer med demens.</p>	<p>med en varighet mellom 22 og 52 minutter ble utført for å kartlegge personalets erfaringer knyttet til opphav og håndtering av aggressiv atferd. For å få frem pårørendes synspunkter valgte forskerne å danne 2 fokusgrupper med totalt 8 deltakere. Diskusjonene i begge fokusgruppene hadde en varighet av 45 minutter. Intervjuene og diskusjonene ble tatt opp på band og deretter transkribert. For å gå dypt og bredt inn i temaet ble dataene analysert ved hjelp av innholdsanalyse.</p>	<p>ledere, to sykepleiere og to pleieassistenter.</p> <p><i>Pårørende:</i> Åtte pårørende deltok i fokusgruppene, derav seks kvinner og to menn. Pårørendes slektskap inkluderte ektefelle, samboer, datter, svigersønn, mor og niese.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urimelige krav fra omgivelsen. • Problemer i mellommenneskelig samhandling. <p>Informantene understreker at atferdsavvik forekommer hyppig i stellesituasjoner der private grenser overskrides!</p> <p>Funn i studien viser som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Både personalet og pårørende mener at mellommenneskelige intervensjoner og personsentrert omsorg er den beste måten for å kunne forstå og møte pasientens utfordrende atferd. • Både personalet og pårørende mener at tvangstiltak bør sjelden brukes som tilnærming til aggressiv atferd. Planlagt bruk av tvang er noen ganger nødvendig for å bevare pasientens verdighet og sikkerhet. Informantene beskriver dette som siste utvei. • Alle informantene var samstemte om at tvangsmedisinering kunne i sjeldne tilfeller bli brukt for å roe ned agiterte pasienter, men aldri for å dope dem ned. • Personalet framhever betydningen av målrettet kommunikasjon og refleksjon over ulike tilnæringsmåter for å motvirke eller redusere utagerende atferd. • Pleiere poengterer viktigheten av ikke å dømme personer med demens for deres atferd. Å se hele mennesket og ikke bare sykdommen og faren, er av sentral betydning.
---	-----------------------------	--	--	---

<p>Jakobsen, R. & Sørli, V. (2010).</p> <p>“Dignity of people in a nursing home: Narratives of care providers”.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å belyse etisk vanskelige situasjoner som helsepersonell opplever i sitt arbeid på sykehjem.</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju basert på fenomenologisk-hermeneutisk metode for forskning på levde erfaring.</p> <p>Fordel med den fenomenologiske-hermeneutiske metoden er den dialektiske vekselvirkningen mellom forståelse og forklaring. Metoden kan gi oss en følelse av å være en del av settingen. Den narrative tilnærmingen kan gi verdifull informasjon om den moralske og etiske tenkningen av informantene. Den fenomenologiske-hermeneutiske metoden er opptatt av å tolke opplevelser og tanker til informantene. Metoden tar utgangspunkt i informantenes livsverden, og sikter mot å finne frem mening i utsagn og handlinger. Åpne spørsmål ble stilt for å få tak i mest mulig informasjon om helsepersonellens erfaringer.</p>	<p>23 ansatte på et norsk sykehjem deltok i studien. De ansatte var fordelt på ulike yrkesgrupper og hadde arbeids-erfaring fra en til 25 år.</p>	<p>Funn i studien viser at helsepersonell daglig møter etiske utfordringer. To hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Balanse mellom autonomi og verdighet <ul style="list-style-type: none"> - Informantene gir uttrykk for at de stadig balanserer mellom idealene om å ivareta pasientens autonomi og å beskytte deres verdighet. - Helsepersonell synes det er vanskelig å utøve tvang, men hevder at svak paternalisme noen ganger er nødvendig for å ivareta pasientens verdighet. 2. Arbeidsmiljø og organisasjon <ul style="list-style-type: none"> - Frihetsberøvelse som blir utført på grunn av tidspress og mangel på ressurser, opplever de ansatte som svært belastende. Et eksempel på det er pasienter som venter foran låste dører, fordi personalet ikke har tid å følge dem ut. - Informantene refererer til manglende støtte fra ledelsen. - Flere ansatte føler seg presset til å yte omsorg på samlebånd. - Informantene hevder at selv om kravene til effektivisering gjør det vanskelig å yte god omsorg, har de likevel dårlig samvittighet og skyldfølelse når de ikke har nok tid til å ivareta pasientene. - Effektivitets- og produksjonskrav kommer i konflikt med sykepleierens profesjonsmål. <p>Studien konkluderer med at helsepersonell er frustrert over det faktum at pasientens verdighet blir satt på spill.</p>
---	---	---	---	--

<p>Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2004).</p> <p>“Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions”.</p>	<p>Målet med denne studien var å få innsikt i årsaken til at den ene personalgruppen opplevde å mestre stell av pasienter med demens og utfordrende atferd, mens den andre rapporterte til problemer og måtte ty til bruk av tvang.</p>	<p>Forskerne brukte en kvalitativ metode som kalles «stimulated recall», der man anvender observasjon etterfulgt av reflekterende intervju som data-innsamlingsmetode. Dvsituasjoner på to ulike sykehjem ble videofilmet. Pleierne fikk deretter mulighet til å observere seg selv i samhandling med pasienten. Disse filmklippene skal stimulere hjelperens minne. Deretter ble pleierne intervjuet for å få frem deres forståelse av situasjonen. Innholdet ble tatt opp på lydband, transkribert og analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse. Forskerne identifiserte meningsbærende enheter for å tematisere pleiernes utsagn.</p>	<p>To personer med demens og aggressiv atferd og ni pleiere fra to avdelinger på to ulike sykehjem i Sverige deltok i studien. Avdeling I, som opplevde mestring i pleie og omsorg, hadde til enhver tid en sykepleier til stedet. De hadde fått opplæring og veiledning i håndtering av aggressiv atferd. De hadde en gjennomsnittsalder på 38,5 år og gjennomsnittlig erfaring fra geriatrien på 16 år. Avdeling II, som brukte tvang i stellesituasjoner, hadde ikke sykepleier til stedet på avdelingen. De hadde ikke fått veiledning i håndtering av aggressiv atferd. Pleierne hadde en gjennomsnittsalder på 29,5 år og gjennomsnittlig erfaring på 9,5 år.</p>	<p>Funn avslørte at pleierne på de ulike sykehjemmene hadde to forskjellige måter å tenke og handle på, oppgavesentrert og personsentrert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De pleierne som strevde i samspill med pasienter med APSD hadde større fokus på arbeidsoppgaven enn på selve pasienten. De hadde en stigmatiserende holdning overfor personer med demens og omtalte dem som krevende. De gjennomførte dusjingen med bruk av tvang uten å informere pasientene om det som skulle skje. Avdelingen var preget av lav bemanning, lav kompetanse og manglende støtte fra ledelsen. • De pleierne som opplevde å mestre stell av pasienter med APSD hadde fokus på personen. De forsøkte stadig å tilstrebe en positiv interaksjon med pasientene. De opptrådte forståelsesfullt, rolig, varm og positiv overfor pasientene. Pleierne hadde god evne til å reflektere kritisk over sin væremåte når de var sammen med beboerne. De ansatte var fleksibel i sin tilnærming og utsatte utfordrende situasjoner til et senere tidspunkt heller enn å bruke tvang. Avdelingen hadde høyere fagkompetanse og bemanning enn avdeling II. Rom for refleksjon førte til kreative handlingsstrategier og mestringsfølelse hos de ansatte. <p>Studien konkluderer med at et støttende arbeidsmiljø, tid, bemanning, kompetanse og jevnlig refleksjon er nødvendig for å kunne håndtere utagerende atferd og redusere maktmisbruk og tvang.</p>
--	---	--	---	---

<p>Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011).</p> <p>«Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv».</p>	<p>Studiens hensikt er å beskrive helsepersonellens opplevelser av pleie- og omsorgssituasjoner i møte med demente pasienter og utagerende atferd. Videre har forskerne til hensikt å belyse personalets behov for kompetanseheving for å kunne ivareta pasientens verdighet og integritet.</p>	<p>Beskrivende og utforskende design med kvalitative forskningsintervjuer. Studien ble utført ved en avdeling for aldersdemens i Norge. Det ble benyttet semistrukturert forskningsintervju ved bruk av en intervjuguide som tar opp bestemte temaer. Varigheten av intervjuene varierte mellom 25 og 45 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. De ble foretatt en innholdsanalyse av data etter Kvale og Brinkmanns beskrivelse av tre analysenivåer for denne type data: Nivå 1: Selvfølgelig forståelse av innholdet. Nivå 2: Kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Nivå 3: Funnene diskuteres i lys av annen forskning og teori.</p>	<p>12 ansatte deltok i studien, derav fire sykepleiere og åtte hjelpepleiere. Tre av hjelpepleierne hadde videreutdanning innen psykiatri.</p>	<p>Funn viser at personalet stadig står overfor omfattende etiske dilemmaer når det gjelder bruk av tvangstiltak.</p> <p>To hovedfunn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personalet opplever makteløshet og redsel i møte med pasienter med voldelig og utagerende atferd. <ul style="list-style-type: none"> - Personalet trekker frem evnen til å holde seg rolig, og til å kunne «lese» pasienten som viktige strategier for å unngå å fremprovosere aggresjon. 2. Vanskelig å finne rett balansegang mellom bruk av tvang og erkjennelsen av pasientens autonomi og menneskeverd <ul style="list-style-type: none"> - Personalet ønsket at temaet etikk skulle bli jevnlig drøftet i institusjonen. - Informantene etterspurte kompetanseheving og praktisk mestring for å takle utfordrende situasjoner. - De ansatte gir uttrykk for at bemannings situasjonen i institusjonen er problematisk. <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell må føle trygghet i møtet med pasienter med utagerende atferd. Denne tryggheten setter personell i stand til å ivareta pasienten i krevende situasjoner og til å ivareta pasientenes integritet og verdighet. • Personell bør kurses i omgang med pasienter med aggressiv atferd. Økt kunnskap og kompetanse vil kunne bidra til både å styrke personalets trygghet og til økt etisk refleksjon.
---	---	---	--	--